

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N° 222

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 février 1900, à 1 heure

Par P. GLEIZE

né à Beaugency (Loiret) le 4 avril 1873.

Ancien externe des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : } MM. LETULLE, professeur.
WURTZ et WALLICH, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les différentes parties
de l'enseignement médical*

PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

222

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 15 février 1900, à 1 heure

Par P. GLEIZE

né à Beaugency (Loiret) le 4 avril 1873.

Ancien externe des Hôpitaux et de la Maternité de l'Hôtel-Dieu

Médaille de bronze de l'Assistance publique

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

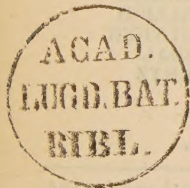
DU

TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

Président : M. BUDIN, professeur.

*Juge : } MM. L. ETULLE, professeur.
WURTZ et WALLICH, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS
JOUVE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.	HUTINEL.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Matière médicale et pharmacologie.	TERRIER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	N.....
Clinique médicale.	CHANTEMESSE.
Maladie des enfants.	POTAIN.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.	DIEULAFOY.
Clinique chirurgicale.	GRANCHER.
Clinique ophtalmologique.	JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.	FOURNIER.
Clinique d'accouchement.	RAYMOND.
	BERGER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	PANAS.
	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.

ACHARD.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ALBARRAN.	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BROCA (Aug.)	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (ANDRÉ).	TOURETTE	MERY	WALTHER
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WIDAL
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	
	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : **M. RIEFFEL**

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MES ONCLES ET TANTES

A MES PARENTS ET AMIS

A MON MAITRE M. CHAMPETIER DE RIBES

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de médecine.
Chevalier de la Légion d'honneur.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
TRAITEMENT DE L'AVORTEMENT

AVANT-PROPOS

Si nous avons choisi comme sujet de notre thèse inaugurale la question de la conduite à tenir dans l'avortement, c'est bien moins pour formuler des principes absolus que pour exposer les résultats de la pratique hospitalière de notre maître Champetier de Ribes, pratique que nous avons suivie pendant notre année d'externat à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe. Pendant cette année 1898, cent trois femmes sont entrées dans le service pour avortements. C'est sur leurs observations que porte notre étude. Nous avons essayé d'analyser les raisons qui ont déterminé soit l'abstention de toute intervention, soit au contraire une intervention; nous avons concentré toute notre attention sur la technique opératoire de notre maître. Nous avons vu enfin les résultats de ces déterminations.

tions et de cette technique. De tout cela s'est dégagé pour nous une conviction : à savoir que nous étions à l'heure actuelle sérieusement armé contre les complications si redoutables de l'avortement. Notre statistique venant après celles que Thoizon (1) et Coustols (2), élèves de M. Champetier de Ribes ont publiées dans leur thèse, le démontrera à nouveau. Les 103 femmes qui sont entrées à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe pendant l'année 1898 ont toutes quitté la Maternité vivantes et bien portantes.

Mais avant d'aborder notre sujet nous tenons à adresser l'expression de notre reconnaissance à ceux qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Nous avons suivi pendant nos deux premières années les services de M. Monod, professeur agrégé, de M. Lacombe et de M. Dujardin-Beaumetz. M. Monod nous a initié à l'asepsie et à l'antisepsie, M. Lacombe à l'examen médical; ils furent pour notre inexpérience des maîtres bienveillants. Nous avons connu peu de temps M. Dujardin-Beaumetz, car bientôt la mort l'emportait à l'affection de ses élèves.

Nos cinq années d'externat se sont passées chez M. Mauriac, M. le professeur Debove, M. Marchand, professeur agrégé, M. Fernet, professeur agrégé. Tous

1. Thoizon : *Sur un point du traitement de l'infection puerpérale* (Thèse de Paris, 1897).

2. Coustols : *Rétention du placenta sans complications après l'avortement* (Thèse de Paris, 1898).

nos maîtres furent bons pour nous et nous les remercions de leurs leçons et des connaissances qu'ils nous ont fait acquérir. Nous avons eu la douleur de perdre l'année dernière M. Marchand qui fut ravi à l'affection de ses élèves par une mort rapide.

Nous passâmes notre quatrième année d'externat à la Maternité de l'Hôtel-Dieu où M. Champetier de Ribes s'efforça par ses exemples et ses conseils de nous enseigner les qualités que doit posséder l'accoucheur. Il fut pour nous un guide sûr et éclairé, nous l'assurons de notre profonde gratitude.

M. le professeur Budin veut bien nous faire l'honneur de présider notre thèse nous le prions de croire à notre vive reconnaissance.

DIVISION DU SUJET

Dans notre étude qui sera surtout une étude thérapeutique nous négligerons à dessein les parties de la question qui se trouvent exposées avec détails dans les ouvrages classiques : à savoir l'Histoire, l'Étiologie, la Symptomatologie générale.

Nous étudierons successivement :

CHAPITRE I. — Les complications de l'avortement.

CHAPITRE II. — La thérapeutique des complications de l'avortement.

CHAPITRE III. — Le manuel opératoire du curage manuel et du curettage.

Enfin nous donnerons dans un quatrième chapitre le résumé de toutes les observations d'avortements qui ont été traités au cours de l'année 1898 à la Maternité de l'Hôtel-Dieu Annexe.

CHAPITRE I

Complications de l'avortement.

Une notion générale domine toute l'histoire de l'avortement. Cette notion a été exprimée d'une façon élégante et pittoresque par Dubois : « Il faut bien se rappeler que la femme qui avorte n'accouche que d'un placenta, que l'expulsion de l'embryon n'est comptée pour rien ; tant qu'elle n'est pas délivrée elle n'est pas accouchée ». Or le mécanisme de la délivrance dans l'avortement est loin d'être toujours aussi simple, aussi parfait, aussi exempt de complications que dans l'accouchement à terme.

Mauriceau avait déjà, par une comparaison imagée, insisté sur le fait : « Il en arrive de même qu'aux fruits qui se détachent et qui tombent d'eux-mêmes de l'arbre quand ils sont mûrs et qui au contraire en sont difficilement séparés quand ils sont encore verts ; c'est ce qui fait qu'une femme qui avorte est souvent bien plus difficilement délivrée que celle qui accouche à terme ».

Serrons maintenant de plus près la question. Les difficultés du mécanisme de la délivrance dans l'avortement déterminent deux sortes d'accidents. Les uns primitifs en

quelque sorte sont la conséquence directe du non accomplissement du mécanisme physiologique : ce sont les hémorragies. Les autres secondaires sont la conséquence indirecte du non décollement, du décollement partiel ou de la rétention de l'œuf décollé dans la cavité utérine : ce sont les infections.

Nous étudierons successivement ces deux classes de complications.

Et d'abord une vue rapide du mécanisme normal s'impose. Ce mécanisme est variable suivant l'âge de la grossesse, et aussi, il faut bien le dire, suivant les individus. On ne saurait comparer l'avortement ovulaire qui se produit quelques jours après l'époque attendue d'une menstruation absente et qui passe inaperçue au milieu d'une hémorrhagie un peu plus considérable qu'à l'ordinaire, on ne saurait le comparer, cet avortement ovulaire, à l'avortement au quatrième mois, dans lequel le plus souvent les différents temps de l'accouchement à terme se retrouvent avec toute leur pureté. Et entre ces deux extrêmes, que de variétés ! Ces variétés, nous ne les classerons ni d'après l'âge de la grossesse, ni d'après l'étiologie. Cette classification qui a peut-être sa raison d'être au point de vue didactique n'a pas en clinique une valeur absolue. Bien plus exacte serait une classification anatomique. Malheureusement les documents positifs manquent et c'est en nous basant sur les simples constatations cliniques que nous esquisserons les divers tableaux que peut présenter l'avortement. Nous ne reviendrons pas sur

l'avortement ovulaire dont nous venons de dire quelques mots.

Lorsque l'œuf encapsulé dans la réfléchie proémine, libre encore, dans la cavité utérine agrandie ; lorsque la réfléchie et la pariétale ne sont pas encore accolées, il arrive très souvent et même le plus souvent jusqu'à deux mois et demi et trois mois, que l'œuf désinséré par une hémorrhagie rétroplacentaire est expulsé entier, la pariétale restant en place au moins dans sa plus grande partie. On n'assiste que les jours suivants à l'expulsion de cette pariétale qui reproduit exactement la forme de la cavité utérine. Nous avons observé un cas de ce genre. C'est l'observation 523 du tableau I.

Lorsqu'au contraire l'accollement entre la pariétale et la réfléchie s'est effectué, le mécanisme change et c'est alors que la division classique entre l'expulsion en bloc et l'expulsion en deux temps doit intervenir. Dans l'expulsion en bloc, l'œuf non ouvert, entouré de toutes ses membranes jusque et y compris la pariétale, est décollé puis expulsé. Dans l'expulsion en deux temps, les membranes rompues ont laissé passer le fœtus en dehors. Le placenta et les membranes restent seuls dans la cavité utérine et c'est leur décollement et leur expulsion qui seront, comme le disait Dubois, l'acte le plus essentiel de l'avortement. Cette délivrance secondaire se produit d'autant plus lentement que l'œuf est plus jeune. Si, à terme, une moyenne de 20 à 30 minutes suffit à l'exécution totale du mécanisme, dans l'avortement il n'est pas rare de voir

les phénomènes traîner pendant 12 heures, 24 heures, 48 heures et même plus, jusqu'à dix jours, quarante jours (Charpentier).

Voyons maintenant de quelle façon ces mécanismes qui méritent le nom de physiologiques peuvent être entravés et quels accidents ces entravements peuvent produire.

1^o Le décollement de l'œuf ou des membranes s'est effectué en partie suivant le mécanisme normal accompagné de contractions utérines douloureuses et d'une hémorrhagie qui n'a rien de redoutable. Tout d'un coup, et sans qu'on puisse dire pourquoi, les contractions utérines s'arrêtent. Il y a inertie. L'œuf reste partiellement décollé, et, au niveau de la surface utérine laissée libre par le décollement, les vaisseaux béants saignent abondamment, la contraction utérine absente ne jouant plus auprès d'eux son rôle protecteur de ligature vivante ! L'hémorrhagie peut être formidable. Elle plonge la femme dans un état d'anémie aiguë rapidement inquiétant. Cet état commande l'intervention immédiate.

2^o Le décollement de l'œuf ou des membranes s'est effectué presque en totalité suivant le mécanisme normal, le corps utérin a chassé dans la cavité cervicale l'œuf plus ou moins dissocié par le sang. Cette masse distend la cavité cervicale amincie dont l'orifice est insuffisamment dilaté. Les choses peuvent rester dans cet état plusieurs jours sans déterminer d'autres accidents qu'un suintement sanguin persistant. Si l'on vient à dilater l'orifice cervical aminci et à pénétrer dans la cavité du col,

on constate que la masse qui le remplit tient encore par un pédicule infime, mais constant, pédicule inséré dans la cavité même du corps. Nous insistons à dessein sur l'existence de ce pédicule ; nous en tirerons tout-à-l'heure un argument en faveur de la ligne de conduite que nous défendons.

3° Tout a été décollé, mais le col fermé ou pour mieux dire refermé retient dans l'utérus inactif l'œuf désinséré sans déterminer d'hémorrhagie.

4° Tout a été décollé et expulsé, il semble que tout doive être fini et cependant il reste dans l'utérus un débris membraneux adhérent souvent très petit, mais qui suffit à déterminer soit un suintement sanguin persistant, soit, et plus tardivement, une hémorrhagie soudaine et grave, soit des hémorrhagies à répétition. Ces phénomènes sont en rapport avec la formation d'un pseudo-polype placentaire ou avec le développement d'une métrite hémorrhagique décidual.

Nous en avons fini avec les complications mécaniques. Les accidents que nous venons d'étudier favorisent soit par le retard qu'ils apportent au mécanisme, soit par l'état d'anémie dû aux hémorrhagies le développement d'une infection utérine.

Les facteurs étiologiques de cette infection sont trop banaux pour que nous ayons besoin d'insister sur eux. Qu'il nous suffise de dire que le plus souvent cette infection est une infection à streptocoque. A côté du streptocoque cependant pour toute une catégorie de faits, il y a

lieu de faire intervenir des associations microbiennes sur lesquelles les travaux de Krönig et de Hallé ont attiré l'attention. Ces auteurs font jouer un rôle important dans la pathogénie des accidents aux microbes anaérobies. Ces microbes agissent seuls ou associés au gonocoque et au streptocoque. Nous ne pouvons, et pour cause, insister davantage sur ce point pourtant fort intéressant de la question. Il était nécessaire de le signaler.

Cette infection utérine, qui déterminera soit une infection ascendante se propageant aux trompes, aux ligaments larges, au péritoine, soit une septicémie généralisée peut survenir au cours même de l'avortement dans le cas où cet avortement traîne, soit au contraire un peu plus tard à la faveur de quelques débris membraneux ou des caillots restés dans l'utérus. Nous ne parlons pas, bien entendu, des cas assez fréquents où l'avortement a été provoqué par des manœuvres criminelles, manœuvres qui le plus souvent ont été pratiquées sans le moindre souci d'asepsie ou d'antisepsie.

Ces accidents infectieux commandent comme les accidents du mécanisme une intervention sur la nature de laquelle nous allons maintenant discuter.

CHAPITRE II

Thérapeutique des Complications de l'Avortement.

Les principes qui dirigent cette thérapeutique se réduisent à une simple formule sur laquelle tout le monde est bien d'accord. Il faut :

1^o Vider l'utérus.

2^o Antiseptiser soit préventivement, soit consécutivement la cavité utérine vidée.

Si le principe est admis par tous, les moyens de le réaliser sont encore et très vivement discutés.

Les uns sont partisans de manœuvres purement manuelles ; les autres préfèrent compléter une manœuvre manuelle par des manœuvres instrumentales.

Nous n'avons pas l'intransigeance de croire que les résultats obtenus par les premiers sont toujours moins bons que ceux obtenus par les seconds. Nous avons seulement la conviction que les manœuvres instrumentales complémentaires donnent une sécurité presque absolue pour le présent et pour l'avenir, sécurité que ne sauraient donner aussi entièrement les manœuvres purement manuelles. C'est ce que nous allons chercher à prouver.

Nous distinguerons les cas où il n'y a pas encore infection et les cas où l'infection utérine s'est déjà manifestée par ses symptômes habituels.

1° Il n'y a pas d'infection.

On peut se trouver en présence :

A. — D'une hémorrhagie grave commandant une intervention immédiate.

B. — D'une hémorrhagie lente ne menaçant pas la vie de la femme.

A. *Hémorrhagie grave.* — La première chose à faire est de vider l'utérus et de pratiquer la délivrance artificielle et le curage après dilatation en suivant le manuel opératoire que nous étudierons plus loin.

Faut-il s'en tenir là ? Nous ne le croyons pas parce que :

1° Un curage d'avortement ne saurait être absolument parfait.

2° L'État de moindre résistance dans lequel l'hémorrhagie a plongé la femme favorise singulièrement le développement d'une infection.

3° Une faute d'antisepsie passée inaperçue pendant les manœuvres de curage peut avoir, si l'on ne prend pas de précautions préventives, des conséquences funestes.

Pour toutes ces raisons nous estimons que la délivrance artificielle simple doit être suivie de manœuvres à la fois curatives et préventives consistant en un curettage et en une application de substances antiseptiques dans la cavité utérine.

Et la preuve non seulement de la légitimité mais de la

nécessité presque de cette manœuvre complémentaire nous est fournie par notre statistique.

Dans les six cas où l'on s'est contenté de faire la délivrance artificielle (voir Tableau II, n^{os} 1172, 546, 630, 779, 121, 70) des accidents sont survenus trois fois au cours du post-partum. Toutes les femmes au moment de l'intervention étaient indemnes de tout symptôme infectieux. Or l'une (n^o 1172) a vu sa température monter à 39° le quatrième jour, l'autre (n^o 630) a vu sa température monter progressivement à 38°,8 le soir du troisième jour, la troisième enfin (n^o 779) a eu 38°,2 les deuxième et troisième jours et sa température n'est tombée qu'après des injections intra-utérines. Nous sommes convaincus que dans ces trois cas une intervention complète d'emblée aurait empêché l'éclosion des accidents infectieux et aurait évité d'avoir à intervenir secondairement.

Par contre dans les cinq cas d'hémorrhagies où l'on est intervenu par la délivrance artificielle, le curage et le curettage on a eu d'emblée le succès (voir tableau II, n^{es} 976, 192, 943, 1146, 752).

B. — *Il n'y a qu'un suintement sanguin.*

Ces cas correspondent aux faits que nous avons catégorisés plus haut sous la notation deuxièmement, troisièmement, quatrièmement. On se contente dans les cas n^o 2 d'extraire du col la masse ovulo-sanguine qui le remplit et on néglige le petit pédicule sur lequel nous avons insisté. Dans les cas n^o 3 on extrait simplement l'œuf décollé.

Dans les cas n° 4 on se contente de laisser la femme au repos et de lui prescrire des injections vaginales.

Cette thérapeutique peut, dans des milieux bien organisés, chez des femmes étroitement surveillées, donner de bons résultats, nous ne le contestons pas ; mais on reste toujours avec la menace d'une infection utérine précoce ou du développement d'altérations tardives de la muqueuse utérine, altérations qui se manifesteront plus tard et qui nécessiteront alors, peut-être un peu tard, une intervention gynécologique

Pourquoi ne pas se donner tout de suite la sécurité pour le présent et pour l'avenir en nettoyant et en antiseptisant la cavité utérine par les procédés les plus sûrs ?

C'est la conduite qui fut suivie à l'Hôtel-Dieu dans cinq cas où le suintement sanguin était insignifiant, la femme n'étant pas délivrée, (Voir tableau II, n°s 449 bis, 329, 771, 1120, 49) ; la délivrance artificielle fut suivie du curettage et a donné cinq guérisons. Dans six cas, l'avortement étant effectué, mais le suintement sanguin persistant, le curettage fut pratiqué après dilatation de l'utérus. Ce curettage ne ramena que quelques débris membraneux. Il eut pour conséquence la cessation du suintement et la guérison. (Voir tableau III, n°s 642, 693, 1189 bis, 506, 440, 1178).

II° Il y a infection.

La même question se pose que dans les cas où il n'y a pas infection. Se contentera-t-on de lavages intra-utérins

antiseptiques ou bien nettoiera-t-on à fond par curettage la cavité utérine ?

Notre réponse ne sera pas univoque.

Lorsqu'à la suite d'un avortement dépassant le terme de 3 mois 1/2 à 4 mois, avortement dont on a été le témoin, dont on a pu par conséquent examiner le délivre, en un mot toutes les fois qu'on a des chances pour se trouver devant un utérus infecté mais vide, il est rationnel et sage de commencer par l'emploi des irrigations antiseptiques. C'est ce que nous avons vu faire à la Maternité de l'Hôtel-Dieu et dans les neuf cas où semblable ligne de conduite a été adoptée on a obtenu neuf guérisons extrêmement rapides. Notons que dans ces cas, le plus jeune concernait une femme qui avorta physiologiquement 4 mois 19 jours après les dernières règles. Ce point de vue chronologique a une certaine importance.

Cette conduite qui s'est montrée bonne dans les cas précédents doit-elle être toujours suivie ? En présence d'une femme qui a fait un avortement jeune les jours précédents et qui est infectée, quand on n'a aucun renseignement précis sur la qualité de ce qui a été expulsé, quand on ne sait même pas si l'œuf a été expulsé en totalité, il nous semble légitime et indispensable d'aller explorer l'utérus, de le curer si c'est nécessaire, de nettoyer la muqueuse à la curette et de pratiquer une antiseptie locale. Ainsi sera obtenue la sécurité absolue, sécurité qui doit être le but de toute notre thérapeutique.

Si l'avortement est effectué, si dans le post-partum seu-

lement surviennent les symptômes d'infection, la même conduite sera suivie.

Si l'interruption de la grossesse a été précoce, partant, si le mécanisme naturel de la délivrance a eu moins de chance de s'être produit, il faudra recourir encore à l'exploration intra-utérine et au curettage.

Quels sont les résultats de cette thérapeutique ? Nous trouvons dans notre statistique :

Sept cas d'infection contemporaine de l'avortement, nous voulons parler de femmes non délivrées ou incomplètement délivrées et infectées (Voir Tableau II, n^{os} 868, 735, 1260, 935, 392, 1089, 717). — Résultat : sept guérisons.

Un cas douteux (Tableau II, n^o 276) ; frisson et tentative de délivrance artificielle faite en ville. Le curage et le curettage furent pratiqués. La guérison fut rapide.

Douze cas d'infection apparurent dans le post-partum, les femmes étant délivrées (Tableau III, n^{os} 327, 295 bis, 897, 1275, 700, 630, 1138, 1209, 758, 723, 1183, 1046). Il y eut douze guérisons.

Un cas douteux : lochies très fétides (Tableau III, n^o 308). Il y eut guérison.

CHAPITRE III

Manuel opératoire du curage et du curettage.

Nous diviserons le manuel opératoire employé par M. Champetier de Ribes en sept paragraphes :

1° Anesthésie.

2° Antisepsie vulvo-vaginale.

3° Dilatation large de l'orifice utérin.

4° Exploration digitale et curage.

5° Révision du curage par la curette et le curettage.

6° Antisepsie intra-utérine et pansement.

7° Soins consécutifs.

Nous étudierons successivement ces sept paragraphes.

1° *Anesthésie*. — L'anesthésie est nécessaire, non seulement par humanité, car les manœuvres dont se compose l'intervention sont douloureuses, mais surtout, parce que ces manœuvres pour être inoffensives nécessitent le relâchement complet de la paroi abdominale, relâchement que seule l'anesthésie peut procurer.

~ Nous n'avons pas l'expérience de l'éther, le chloroform-

me étant le seul anesthésique employé à la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Mais il nous semble que l'éther bien qu'ayant une zone maniable plus étendue que le chloroforme (Wallas) (1), aurait l'inconvénient de ne pas ménager le sang (Manquat) (2).

2° *Antisepsie vulvo-vaginale.* — C'est là une partie très importante de l'intervention. Il ne faut pas en effet que les doigts ou la curette introduits dans la cavité utérine se souillent au passage des germes pathologiques qui pullulent dans la région vulvo-vaginale. Cette préparation de la voie opératoire, doit se rapprocher autant que possible de la minutieuse préparation que les gynécologues imposent aux vagins de leurs futures opérées. La surface placentaire de l'utérus, est en effet aussi sensible à l'infection que la séreuse péritonéale, et cette préparation antiseptique doit être pratiquée avec d'autant plus de soins qu'elle est le plus souvent extemporanée.

Donc : le pubis sera rasé, la peau de la région sous-ombilicale de la face interne des cuisses, la vulve sera largement savonnée et brossée, puis lavée avec une solution antiseptique, la solution au sublimé à 1,1000 par exemple. Ceci fait on abordera le vagin que l'on savonnera à l'aide de tampons imprégnés de savon. Ces tampons seront introduits et manœuvrés avec les doigts. Ils déplisseront les replis de la muqueuse vaginale, et la

1. Wallas. *Revue de chirurgie*, avril 1893.

2. Manquat. *Traité élémentaire de thérapeutique*, (Tome II).

nettoieront sans brutalité. Il est inutile de déterminer traumatiquement des éraillures de la muqueuse, éraillures qui seraient non seulement douloureuses, mais dangereuses, par la porte qu'elles pourraient ouvrir à l'infection. Une injection prolongée avec une solution de lysol enlèvera l'excès d'eau savonneuse et assurera l'antisepsie du conduit vaginal. Cette solution de lysol, couramment employée dans le service de notre maître M. Champetier de Ribes a le double avantage de posséder un pouvoir antiseptique suffisant et de donner aux parties sur lesquelles elle est appliquée une souplesse onctueuse qui facilite le glissement et rend les manœuvres digitales et instrumentales plus aisées et moins douloureuses.

3^e Dilatation large de l'orifice utérin. — L'intervention est ainsi préparée, mais avant d'aborder la cavité utérine il est indispensable que la voie soit largement ouverte, il faut que le col soit assez dilaté pour permettre l'introduction d'au moins deux doigts mais à la rigueur un seul est suffisant. On peut se trouver en présence de deux éventualités ; tantôt le col ramolli et déjà partiellement dilaté présente une souplesse et une dilatabilité qui permettront à des doigts expérimentés conduits sans brutalité d'obtenir sans peine une dilatation suffisante ; tantôt au contraire le col est fermé. Il présente une rigidité contre laquelle le doigt a peine à lutter. Il est plus simple dans ce cas de ne pas fatiguer inutilement un doigt qui aura besoin tout à l'heure de toute sa souplesse et de

toute sa délicatesse de tact, il vaut mieux recourir à une dilatation artificielle. On emploiera soit les bougies d'Hé-gard qui feront une dilatation extemporanée rapide, soit un ballon Champetier de Ribes petit modèle qui a pour nous le très grand avantage de dilater de dedans en dehors pour ainsi dire physiologiquement. Il n'est point besoin de laisser en place le ballon jusqu'à ce qu'il soit expulsé on risquerait souvent d'attendre trop longtemps. En effet nous avons constaté que si quelquefois (Tableau II n^{os} 546, 449 *bis*) le ballon est spontanément expulsé quelques heures après son application il reste souvent dans la cavité utérine sans déterminer de contractions, partant sans produire la dilatation que l'on veut obtenir.

On est alors obligé de le manœuvrer, c'est-à-dire de le vider en partie, de l'engager partiellement dans le col, puis de le regonfler sur place. On répète la manœuvre autant de fois que cela est nécessaire. Mais ne voit-on pas que dans de pareils cas qui sont fréquents il y aurait avantage à supprimer la période d'inactivité qui précède la manœuvre du ballon. Nous l'avons vu faire une fois (Tableau III, n^o 1189 *bis*) et nous sommes convaincus pour la raison que nous venons d'exposer de la supériorité de ce procédé de dilatation extemporanée. Le seul obstacle *a priori* pourrait être l'étroitesse du canal cervical rendant difficile l'introduction du ballon. Il ne faut pas s'exagérer la valeur de cet obstacle. Le petit ballon étant convenablement roulé et bien saisi par la pince

porte-ballon de M. Champetier de Ribes, on fera pénétrer facilement la pince armée, induite de vaseline, dans la cavité cervicale, surtout si on a pris la précaution de saisir la lèvre antérieure du col avec une pince de Museux. La pince de Museux fixe le col, l'empêche de remonter et facilite l'introduction de la pince porte-ballon.

Nous supposons donc maintenant réalisée l'ouverture large de l'orifice utérin. Le moment est venu de pénétrer dans la cavité utérine.

4° *Exploration et curage de la cavité utérine.* — Ce serait une folie d'introduire d'emblée une curette dans un utérus d'avortement, non seulement parce que cette curette introduite dans une cavité qu'on ne connaît pas peut produire des lésions dont la plus grave est la perforation, mais aussi parce qu'elle risquerait de laisser en place le placenta et les membranes encore solidement insérées comme cela se présente souvent sur des utérus gravides jeunes. Il faut donc d'abord explorer la cavité utérine dans toutes ses parties et en particulier dans ses cornes. On pourra se trouver en présence de plusieurs éventualités :

1° L'œuf entièrement décollé est simplement retenu dans la cavité utérine ;

2° L'œuf entier est retenu, mais il n'est que partiellement décollé ;

3° Le placenta et les membranes seuls sont retenus totalement ou partiellement adhérents.

4° La cavité utérine est presque vide, on ne sent que

quelques débris adhérents à la paroi. L'œuf a été expulsé il ne reste que des débris membraneux adhérents.

Dans le premier cas il suffira d'extraire l'œuf déjà décollé, dans les trois autres il faudra s'attacher d'abord à tout décoller. Une main introduite en entier dans le vagin enverra l'index et le médius dans la cavité utérine pendant que l'autre main placée dans la région sous-ombilicale et séparée de la peau aseptisée par une large compresse aseptique ira à la recherche du fond de l'utérus et l'abaissera pour faciliter le contact de ce fond et des doigts de la main qui opère par la voie vaginale. Ce n'est pas seulement par raison de commodité que l'on utilisera la main abdominale, c'est surtout pour permettre aux doigts qui vont travailler dans l'utérus d'agir toujours sous le contrôle de l'autre main. La main qui travaille à l'extérieur amène successivement les diverses parties de la cavité utérine au niveau du ou des doigts qui travaillent dans la cavité, ceux-ci pourront ainsi apprécier l'épaisseur de la paroi utérine, se garder d'entamer la musculuse, ne pas déterminer dans cette paroi ramollie et souvent friable une perforation dont les conséquences pourraient être désastreuses. Cela n'a d'ailleurs rien de particulier au curage dans l'avortement; ne sait-on pas que pareille manœuvre est nécessaire dans les cas de version par manœuvres internes, de délivrance artificielle à terme, etc ?

Les doigts vont donc, s'ils obéissent à ces règles, décoller sans danger les parties de l'œuf retenues dans la

cavité utérine. Ils s'attacheront non pas à creuser, mais à s'insinuer entre les parties fœtales et les parties maternelles. Cette manœuvre si simple le plus souvent dans la délivrance à terme est en général rendue plus difficile dans les cas d'avortement par la solidité des adhérences placentaires à la paroi utérine. D'autant plus que cette solidité est souvent accrue par l'état pathologique de l'utérus (métrite ou fibromes sous-muqueux), état pathologique qui a joué un rôle prépondérant dans l'interruption précoce de la grossesse. Dans ce cas le mot d'insinuer ne convient plus, il faut à proprement parler sculpter dans les tissus, détacher avec lenteur, avec patience, avec douceur les cotylédons placentaires adhérents. Les doigts iront partout explorant les parois antérieures et postérieures et surtout les cornes. C'est en effet dans ces cornes que l'on risquerait de laisser par un curage trop hâtif quelques débris d'œuf dissimulé.

Le curage est maintenant terminé, il a été, suivant les cas énumérés plus haut, plus ou moins fructueux. Il va falloir entraîner en dehors ces débris avec les doigts de la main vaginale. La main abdominale rendra encore de grands services en pratiquant un peu d'expression utérine qui facilitera la sortie. Cette manœuvre est non sans quelques analogies avec celle décrite par M. le Professeur Budin sous le nom d'expression abdomino-vaginale (1). Dans ces manœuvres d'extraction manuelle des

1. M. le professeur Budin. *Progrès médical*, 17 septembre 1898.

débris décollés on peut rencontrer quelques petites difficultés d'ordre mécanique qui ne devront pas rebuter l'opérateur ni le faire départir de sa patience.

Quoi qu'il en soit, lorsque tout ce qui a été décollé est sorti de l'utérus il faudra remettre les doigts dans la cavité utérine et réviser soigneusement le curage de façon à être bien sûr qu'il ne reste plus rien d'adhérent. C'est alors seulement que l'on pourra faire intervenir la curette.

5° Révision du curage par la curette et curetage.

Une injection intra-utérine avec la solution de lysol à 1/100 est pratiquée avant l'introduction de la curette. Cette injection a l'avantage de ramener quantité de débris que le doigt eût été impuissant à extraire. Cette injection une fois pratiquée, on saisit les lèvres du col avec une pince de Museux. Souvent une pince solidement fixée sur la lèvre antérieure suffit, mais s'il est nécessaire, il est préférable pour la facilité d'introduction de la curette de saisir les deux lèvres du col avec deux pinces. Point n'est besoin d'exercer sur ces pinces, c'est-à-dire sur les lèvres du col de fortes tractions. L'essentiel n'est pas d'abaisser outre mesure l'utérus ce qui est au moins inutile, mais de fixer le col. Un aide tiendra donc sans tirer la pince qui sera maintenue dans un plan horizontal. Bien entendu une valve préalablement placée sur la paroi postérieure du vagin déprimera la fourchette et le périnée et permettra de voir largement le col utérin.

La curette sera alors saisie. Quelle curette faut-il employer? Les qualités d'une curette obstétricale sont :

1° D'être appropriée par ses dimensions à l'organe dans lequel elle sera conduite, c'est-à-dire que cette curette sera plus longue que la curette de Volkmann.

2° De ne pas être perforante, c'est-à-dire que son extrémité ne sera pas un bord tranchant, mais une surface mousse.

3° La curette devra râcler mais sans danger de perforation, c'est-à-dire que les bords ne seront pas tranchants mais mousses.

4° De pouvoir ramener des débris beaucoup plus volumineux que les débris du curettage gynécologique ordinaire. La concavité de la cuillère devra donc être de dimensions assez grandes et ces dimensions seront prises de préférence sur la longueur de la cuillère.

La curette de notre maître M. Champetier de Ribes répond à tous ces desiderata.

Cette curette sera tenue avec légèreté et souplesse. Pas de raideur! Pas d'à coups! on introduit une curette dans l'utérus comme un Beniqué dans un urèthre. Elle y pénètre doucement en suivant une trajectoire curviligne pour respecter l'antéflexion utérine physiologique. On la laisse entrer pour ainsi dire plus qu'on ne la pousse jusqu'au fond de l'utérus. Dès qu'on a senti le contact du fond on ramène la curette. La main qui ramène cette curette devient alors active. Elle s'applique à conserver le ferme contact avec la paroi qu'il s'agit de

râcler avec énergie et sans crainte. Le temps délicat c'était l'introduction de la curette, car c'est pendant cette introduction qu'il y avait lieu de craindre la fausse route ou la perforation ; au retour au contraire, tout danger a disparu, il faut agir délibérément, franchement. On râcle ainsi successivement et méthodiquement les parois, les bords et les cornes de l'utérus. On râcle jusqu'à ce que l'on sente que partout la curette n'est plus en contact qu'avec le muscle. Ce n'est pas tant la sensation auditive à laquelle on a donné le nom de cri utérin que la sensation tactile transmise par la curette qui commande la cessation du râclage. On termine alors par un mouvement de « circumduction en spire de façon que le bord de la curette râcle successivement toutes les parties de la cavité sans perdre contact avec la paroi. »

Une injection intra-utérine au lysol nettoie définitivement l'utérus dont la surface est asséchée par quelques tampons exprimés portés par une pince à pansements intra-utérins.

6° *Antisepsie intra-utérine et Pansement.*

La partie mécanique de l'intervention est terminée. L'indication la plus essentielle est remplie, mais à côté de cette indication il en est une autre qu'il ne faut pas négliger c'est celle qui a pour but, soit de lutter contre une infection commençante, soit de prévenir une infection que les manœuvres intra-utérines auraient pu porter dans l'utérus cureté. Il faut donc faire l'antisepsie de la surface que la curette vient de dénuder. Comment la réaliser ?

Le procédé qu'emploie M. Champetier de Ribes est le suivant. Il utilise les propriétés antiseptiques puissantes de la teinture d'iode. Une longue lanière de gaze iodoformée est enroulée sur une longue pince à pansement. Le tout forme ainsi un tampon allongé qui tout imprégné de teinture d'iode est introduit dans l'utérus. On s'en sert alors comme d'un écouvillon qui étale sur toute la surface utérine la teinture d'iode qu'il porte. Cet écouvillonnage terminé on enlève l'excès de teinture d'iode par un dernier lavage au lysol et on pratique un tamponnement soigneux de la cavité utérine. Pour ce tamponnement on emploie une très longue lanière étroite de gaze iodoformée. Cette lanière est unique, ce qui facilite son introduction comme son extraction. Les avantages de ce tamponnement sont :

1° L'hémostase absolue de la paroi utérine. Cette hémostase est comme toujours une condition essentielle du succès opératoire. On sait en effet avec quelle facilité les caillots retenus dans les cavités s'infectent et infectent les surfaces au contact desquelles ils sont retenus.

2° La paroi utérine s'essuie en quelque sorte sur ce tampon ainsi qu'en témoigne l'infinité de petits débris que l'on retrouve le lendemain sur le tampon extrait. Il ne faut donc pas craindre de faire un tamponnement serré.

Bien entendu à ce tamponnement intra-utérin succède un léger tamponnement vaginal que vient compléter un pansement vulvaire occlusif.

7° *Soins consécutifs.*

Le lendemain le pansement intra-utérin est retiré. Si l'état général de la femme est parfait, si sa température est normale, si son pouls est normal, on se contente de faire une injection vaginale et de mettre devant la vulve un pansement occlusif. C'est ce qu'on a fait dans 16 cas sur 37 avec plein succès. Mais si la température s'est élevée ou est restée au-dessus de la normale un second pansement est refait avec la même technique que le premier (lavage, écouvillonnage iodé et tamponnement). Les pansements suivant la marche de la température seront renouvelés, une, deux, trois fois si c'est nécessaire. Ils ont été pratiqués dans 21 cas sur 37. Leur nombre a été de 1 dans 15 cas, de 2 dans 5 cas, de 3 dans 1 cas. Toutes ces femmes sont sorties guéries.

CHAPITRE IV

Pièces justificatives.

Nous avons classé sous le titre d'avortement tous les cas de grossesse interrompue moins de six mois quinze jours après le début des dernières règles. L'âge de la grossesse a été compté, en prenant comme point de départ le début des dernières règles.

Pendant l'année 1898, cent trois femmes sont entrées à la Maternité de l'Hôtel-Dieu pour avortement.

La mortalité a été nulle.

Au point de vue de la morbidité et de la thérapeutique nous avons réparti ces 103 cas en trois catégories :

Tableau I. — 51 avortements qui se sont terminés spontanément, sans qu'on ait eu à intervenir, ni au moment de l'avortement, ni dans ses suites.

Tableau II. — 24 avortements qui ont nécessité une intervention immédiate, pour infection, hémorrhagie ou rétention simple prolongée. Cette intervention a été :

6 fois. — La délivrance artificielle simple.

16 fois. — La délivrance artificielle, ou le curage di-

gital, suivi immédiatement d'un curettage instrumental et d'un badigeonnage à la teinture d'iode.

2 fois. — Pour septicémie d'origine utérine, l'œuf étant ouvert, on a fait, après dilatation large de l'orifice utérin, obtenue à l'aide des petits ballons Champetier de Ribes, l'extraction du fœtus, la délivrance artificielle suivie immédiatement du curettage.

Tableau III. — 28 avortements qui dans leurs suites, ont nécessité une intervention pour infection ou hémorrhagie :

9 fois. — Injections intra-utérines.

19 fois. — Curettage instrumental.

Vu par le Président de la thèse,
BUDIN

Vu par le doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

N ^{os}	Terme	Parité	Accouchements antérieurs et antécédents	Phénomènes ayant précédé l'avortement	Travail
289	6 sem.	I		Pertes et douleurs depuis 2 jours.	
436	2 mois.	II	1 à terme, spont. sommet.	Pertes depuis 9 jours, douleurs depuis 6 jours,	
523	2 m. 1/2	VII		Douleurs depuis quelques jours.	
524	2 m. 20 j.	II	1 à terme, spont. sommet.	Pertes et douleurs depuis 3 jours.	
1203	2 m. 21 j.	I		Pertes de sang depuis 8 jours.	13 h.
571	2 m. 24 j.	XI	10 à terme, spont. sommet.	Chute il y a 5 jours suivie de pertes.	Avortement fait en
728	2 m. 24 j.	I			20 h.
603	2 m. 27 j.	I		Perd du sang depuis 1 mois.	9 heures de douleur
179	3 mois.	II	1 à terme, forceps.	Perd du sang depuis 6 jours.	7 h. 30.
899	3 mois.	I		Douleurs et pertes depuis 8 j.	12 h. de dou. Avort. fait
1084	3 mois	II	1 à terme, spont. sommet.		Avort. fait en ville 5
1051	3 m. 6 j.	IX	5 à terme, spont. sommet. 1 avort. de 4 mois, 2 de 6 sem.	Chute suivie de pertes d'eau rosée depuis 3 jours.	9 h. 30
1152	3 m. 15 j.	III	1 à terme spont. sommet. 1 à 7 mois.	Perd du sang depuis 15 jours à la suite d'une chute.	14 h. 1/2
439	3 m. 20 j.	II	1 à terme, spont. sommet.		Expuls. du fœtus faite e
665	3 m. 22 j.	III	2 à terme, spont. sommet.	Perd du sang depuis 5 sem.	A son entrée 38°2
200	3 m. 23 j.	I			9 h.
1195	4 mois.	I		Perd du sang depuis 15 jours.	2 heures de douleurs hémorrhagie assez abon
1182	4 m. 1 j.	II	1 à 8 mois.		Expulsion du fœtus en
1019	4 m. 2 j.	II	1 à terme, spont. sommet.	Pertes de sang depuis 2 mois.	3 h. 15 Prés. du sièg
584	4 m. 6 j.	II	1 à terme, spont. sommet.		5 h. Prés. du sièg
325	4 m. 1/2	II	1 à terme, forceps.	Pertes intermittentes depuis 1 mois 1/2.	1 h. 30. Présent. du s
453	4 m. 16 j.	I		Chute sur le ventre il y a 5 jours. Perte considérable.	7 h.
527	4 m. 18 j.	I			7 h.
1170	4 m. 19 j.	II		Chute il y a 1 mois 1/2. Perte le lendemain.	6 h. 45. Présent. cépha
1108	4 m. 25 j.	I	1 à terme, face.		11 h. 20
					15 h. Présent. céphali

nés spontanément.

en bloc	Mécanisme	Etat du fœtus			Délivrance	Suites de couches et Observations
	en 2 temps	vivant	fœtus mort	macéré		
		gr.	gr.	gr.		
1					Extraction simple de l'œuf et de la caduque.	Apyrexie.
1					Nat.	Œuf sans embryon avec dégénérescence kystique partielle des villosités choriales.
1					Poids de l'œuf entier, 10 gr.	Expulsion le 3 ^e jour d'un grand lambeau de caduque moule de la cavité utérine. Apyrexie.
1					Œuf entier de 10 gr.	Œufs avec villosités kystiques dégénérées, sans embryon. Expulsion d'un grand lambeau de caduque 36 h. après.
					Œuf complet pesant 28 gr.	Apyrexie.
1	1		30g.		Extraction simple du placenta 50 gr.	Id.
1	1				Nat. 2 h. 30. Poids 70 gr.	Id.
					Œuf entier du poids de 50 gr.	Id.
1			60g.		Extraction simple d'un œuf complet sans embryon 18 gr.	Id.
		520			Nat. 6 h.	Id.
	1				Natur. 220.	Id.
					Natur. 4 h. 30. Poids 110 gr.	Id.
R. prémat.					Natur. poids du placenta 250 gr.	Id.
	1				Natur. 4 h. 85 gr.	Id.
1			15		Œuf sans embryon.	Id.
	1		35		Nat. immédiate. Poids 60 gr.	Id.
					Nat. 21 h. 30. Placenta de 70 gr.	Id.
					Nat. 25 m. Placenta 290 gr.	Id.
R. tempest.		670			Nat. 15 m. Placenta 160 gr.	Apyrexie. Enfant a fait quelques inspirations.
R. tempest.			130		Nat. immédiate. Placenta 130 gr.	Id.
R. précoce.		150			Extract. simple 3 h. 15. Placenta de 120 gr.	Id.
			250		Nat. 1 h. Placenta 150 gr.	Id.
R. prémat.			240		Nat. Placenta 300 gr.	Id.
R. précoce.				450	Natur. immédiate. Placenta 210 gr.	Albumine disparue le 5 ^e jour. Syphilis contractée le 2 ^e mois. Plaques muqueuses dans la bouche. Roséole.
R. tempest.			290		Nat. 1 h. Placenta 200 gr.	Apyrexie.
R. précoce.		400				

TABLEAU I (suite).

Avortements qui se

N ^{os}	Terme	Parité	Accouchements antérieurs et Antécédents	Phénomènes ayant précédé l'avortement	Travail
634	4 m. 29 j.	1		Perd du sang depuis 2 mois.	27 h. 15. Prés.
647	5 mois.	11	1 avortement de 4 mois 1 de 6 mois.		35 h. 30. Prés.
917	5 mois.	1			18h.30. Expuls. du
1074	5 mois.	11	1 à terme, spont., sommet.		24 h. 20. Prés.)
1125	5 mois.	1			23 h. 30. Prés.
261	5 m. 2 j.	11	1 à terme, spont., sommet.		20 h.
778	5 m. 4 j.	11	2 à terme, spont., sommet.	Perd du sang depuis 3 mois.	5 h. 30. Prés.
1062	5 m. 6 j.	V	2 à terme, spont., sommets 1 à 6 mois, 1 à 3 mois.	Hémorrhag. pendant la gross.	8 h. 20. Prés.
625	5 m. 11 j.	11	1 avortement de 6 mois 1/2.		23 h. 15. Prés.
641	5 m. 11 j.	11	1 à terme, spont., sommet.		9 h. Prés.
87 bis	5 m. 1/2	11	1 à 8 mois, spont., sommet.	Perd du sang depuis 3 m. 1/2	Expulsion du fœtus
1048	5 m. 19 j.	11	1 à 7 mois.		10 h.
344	5 m. 22 j.	11	1 à terme, spont., sommet.		7 h. Prés.
488	6 mois.	5	1 à terme, spont., sommet.	Perd du sang depuis 2 mois.	8 h.
685	6 mois.	11	1 à terme, spont., sommet.		3 h. accouchée et
839	6 mois.	1		Perd du sang depuis 12 jours.	4 h. Prés.
981	6 mois.	11	1 à 8 mois, spont., sommet.		3 h. Prés. c
585	6 m. 5 j.	1 V	3 à terme, sp., 2 somm. 1 siège.		3 h. Prés. c
376	6 m. 6 j.	V	2 acc. prém. de 8 m., 1 de 7 m., 1 à terme, spont., sommet.	Chute sur le ventre, il y a 6 jours.	17 h. Prés. c
533	6 m. 8 j.	1 V	1 à terme, sp., somm., 1 avort. de 5 m., album. à toutes ses gross.		Expulsion d'un sur la voie
726	6 m. 8 j.	1			22 h. Prés. c
1078	6 m. 11 j.	V	4 à terme, spont., sommet.	Perdait du sang depuis 1 mois.	1 h. 50. Prés.
375	6 m. 12 j.	V	2 à terme, spont., somm., 1 siège et 1 avortement de 3 mois 1/2.		11 h. 15. Prés.
554	6 m. 12 j.	11	1 à terme, spont., sommet.	Ne sent plus remuer dep. 15 j.	6 h. Prés. c
255	6 m. 14 j.	1			11 h. 40. Prés.
234	6 m. 14 j.	1		Perd du sang depuis 15 jours.	6 h. 30. Prés.

ont terminés spontanément.

	Mécanisme	Etat du fœtus			Délivrance	Suites de couches et Observations
	en bloc	en 2 temps	vivant	fœtus mort		
de l'épaule.		R. prémat.		130	Nat. 15 m. Placenta 11 cgr.	Apyrexie.
s. du siège.		R. tempest.			Nat. 1 h. 30. Placenta 200 gr.	Id.
fœtus en ville.			670		Nat. 8 h. Placenta 130 gr.	Id.
céphalique.		R. prémat.	540		Immédiate. Placenta 300 gr.	Id.
céphalique.		R. prémat.	595		Immédiate. Placenta 270 gr.	Id.
.		R. précoc.	520		Nat. 7 h. Placenta 290 gr.	Id.
du siège.		R. prémat.	680		Nat. 1 h. Placenta 220 gr.	Id.
du siège.		R. précoc.			Immédiate. Placenta 230 gr.	Id.
de l'épaule.		R. tempest.	970		Nat. 30 m. Placenta 320 gr.	Apyrexie. Syphilis datant de 18 m. Soignée irrégulièrement.
du siège.		R. précoc.	640		Nat. 40 m. Placenta 250 gr.	Apyrexie.
etus en ville.				820	Nat. Placenta 70 gr.	Id.
30.		R. tempest.		820	Nat. Immédiate.	Id.
du siège.		1		600	Nat. 15 m. Placenta 300 gr.	Apyrexie. A subi un curetage il y a 3 ans, permérite hémorrhag.
					(Euf complet.	Apyrexie. Albumine.
délivr. en ville.	1	R. prémat.	1050		Immédiate.	Apyrexie. Pleurésie sèche à gau- che. Enfant a vécu 48 heures.
du siège.		R. tempest.			Nat. 30 m. Placenta 160 gr.	Apyrexie.
éphalique.		R. prémat.	1000	500	Nat. 50 m. Placenta 270 gr.	Apyrexie. Enfant a vécu 37 h.
éphalique.		R. tempest.		1000	Nat. Imméd. Placenta 480 gr.	Apyrexie.
céphalique.	1		440		Nat. Placenta de 120 gr.	Id.
œuf complet publique.					(Euf complet de 620 gr.	Apyrexie. Albuminurie.
céphalique.		R. prémat.	1150		Nat. 45 m. Placenta de 350 gr.	Apyrexie.
s. du siège.			320		Nat. 40 m. Placenta de 160 gr.	Id.
céphalique.		R. tempest.	1070	650	Nat. Imméd. Placenta 400 gr.	Id.
éphalique.		R. tempest.			Nat. Imméd. Placenta 350 gr.	Id.
céphalique.		R. tempest.	1020		Nat. 5 mois. Placenta 380 gr.	Apyrexie. Enfant a vécu 48 h.
s. du siège.				740	Nat. 1 h. 15. Placenta 250 gr.	Apyrexie.

TABLEAU II

Avortements qui ont nécessité une intervention

N ^{os}	Terme	Parité	Accouchements antérieurs et antécédents	Phénomènes ayant précédé l'avortement	Marche du travail	
1172	1 m. 26 j.	II	1 à terme spont. somm.		1 h. Perd du sang et souffre pendant 7 h. Expulsion en ville d'un fœtus de 2 gr. 70.	
546	4 m.	I		Pertes de sang irrégulières pendant la grossesse.	13 h. Hémorrh. légères. Expuls. en ville d'un fœtus. Tentat. infruct. de délivr. artific. Tamponn. vaginal.	
630	5 m.	V	4 à terme spont. somm.	Pertes abondantes depuis 15 jours.	6 h. 30. Expuls. du fœtus en ville, suivie d'une hémorrh. très grave, arrêtée par le tampon. Chute des tamp. 2 j. après, hémorrh. consid.	Eta p a 3 1
779	5 m. 24 j.	V	2 à terme spont. somm. 1 avortement de 6 m. 1 avort. de 5 m. 1/2,	Ne sent plus remuer depuis 12 jours.	12 h. 15. Rupture des membranes tempes- tive. Expulsion d'un fœtus macéré de 650 grammes.	
121	5 m. 27 j.	III	2 à terme spont. somm.	Pertes de sang depuis 1 mois.	8 h. 15. Expulsion d'un fœtus de 400 gr. s'étant présenté par le siège.	37,
70	6 m. 9 j.	X	7 à terme spont. somm. 2 à 7 mois macérés.	Pertes de sang à l'épo- que des règles pendant les 3 premiers mois.	6 h. Rupt. des memb. précoces. Liq. amnio- tique chocolat. Expuls. d'un fœtus macéré de 700 gr.	37,

Avortements qui ont nécessité une intervention

449 bis	6 sem.	III	2 à terme spont. som.	Hémorrhagie intense il y a 15 jours.		P
868	6 sem.	I			Douleurs et pertes 3 j. avant son entrée.	38
976	2 m. 14 j.	II	1 accouch. prem. de 8 mois spont. som.		Pertes depuis 2 jours Avort. fait en ville.	
192	2 m. 15 j.	VI	1 avort. de 6 mois. 4 à terme spont. som.		Perd du sang et souffre depuis 3 jours.	37,
735	2 m. 15 j.	III	2 à terme spont. som.	Pertes depuis 3 jours. Fièvre frisson la veille de son entrée.		40,
943	2 m. 15 j.	IV	3 à terme spont. som.		1 h. 30 de douleurs et de pertes. Expuls. du fœtus en ville. Hémorrhagie. Inject. chaudes.	A

vention immédiate. Délivrance artificielle.

t au moment de l'intervention		Epoque de l'intervention	Intervention.	Suites de couches
Général	Local			
4.	Rétent. sans pertes.	24 heures après expulsion.	Extraction de l'œuf décollé en grande partie et retenu dans la cavité cervicale.	39° le 4° jour.
5.	Retent. hém. légère.	36 heures après expulsion.	Petit ballon de 20 cent. de circ. Expulsé 9 h. 30 après. Hémorr. Délivr. artific. Lavage utérin. 400 gr. de sérum.	Apyrexie.
ynco- très nié. T. 3. P.	Plac. retenu et partiellement décollé depuis trois jours.	3 jours dès son entrée.	Délivr. artificielle sérum 1500 gr. Trois piq. caféine, éther, oxygène.	Suites fébriles. Curettage (Voir curettages (tableau III).
	Hémor. décoll. partiel du placenta. Inj. chaudes.	1 heure après l'expulsion.	Délivr. artif. Curage manuel et lavage utérin. Placenta 230 gr.	38°,2 les 2° et 3° jours. Injections intra-utérines.
P. 100.	Hémorrhagie.	45 m.	Délivr. artificielle. Curage manuel et lavage utérin. Placenta 230 gr.	Apyrexie.
P. 90.	Hémorrhagie.	45 m.	Délivr. artificielle 45 m. Placenta 350 gr.	Apyrexie.

tion immédiate. Curage suivi de curettage.

4. s 80.	Rétention de l'œuf en partie décollé, senti par le toucher intra-utérin.		Petit ballon expulsé 11 h. après. Introd. curage, curettage sous chloroforme, un œuf modifié par hémorrhagie est retiré.	36°,4 le soir du curettage, puis apyrexie.
. 80.	Suint. sanguin. Plac. incomplet décollé.	4° jour après l'expulsion.	Sous chlorof. Délivr. artificielle qui ramène placenta, curettage ramenant quelques débris.	38 le soir du curettage, 37°,8 le 2° jour. 1 Pans., puis apyrexie.
4.	Suint. sanguin.	Immédiat à son entrée.	Délivr. artificielle. Curettage.	37°,8 le soir du curettage. Apyrexie.
P. 120.	Rétent. Pertes. Cail-lots fétides dans lesquels débris de caduque.	Dès son entrée 49h. 30 après le début des douleurs.	Délivr. artif. ramenant placenta. Curettage. Pas de traces d'embryon.	38°,1. P. 120 le soir du curettage. 2 Pansements le 2° et 3° jour, 37°,6 et 37°,4 puis. Apyrexie.
. 130.	Col non perméable.		Bougie d'Hégar et introd. d'un petit ballon 11 h. après n'est pas expulsé. Extr. du ballon puis d'un œuf complet en partie décollé. Curettage.	Apyrexie dès le 1° jour. Pas de pansement.
ie. 5.	Hémorrhagie.	16 heures après l'expulsion.	Injection de sérum 250 gr. Caféine et éther. Délivr. artificielle ramenant un grand lambeau de membranes et des débris de placenta. Curettage ramenant peu de chose.	Apyrexie. Pas de pansement.

N°	Terme	Parité	Accouchements antérieurset antécédents	Phénomènes ayant précédé l'avortement.	Marche du travail.	E de Gér
329	3 m.	II	1 à terme spontan. Sommet.	Pertes irrégulières de- puis 1 mois.	12 h. de douleurs. Ex- pulsion du fœtus en ville.	37-8. P
771	3 m.	VI	3 à terme spont. Som- met. 1 acc. prém. de 7 m. 1 avort. de 6 m.	Hémorr. abondantes il y a 15 jours.	1 h. de doult. expuis. du fœtus frais mort, de 70 gr. à la Pitié.	37-8.
1146	3 m. 3 j.	IV	3 à terme spont. Sommet		2 h. Expuls. du fœtus en ville. Hém. grave. Inj. d'ergotine.	Aném 36
1260	3 m. 8 j.	II	1 avort. de 6 m. 1/2.		2 j. de doult. et de pertes.	39. P
935	3 m. 10 j.	I		Pertes de sang depuis 6 jours.	13 h. 30 de travail. Exp. d'un fœtus, frais mort de 60 gr. T. 39. P. 120.	39-8. P
1120	3 m. 12 j.	VI	5 à termes spont. Sommet.		1 h. de doult. et de pertes. Exp. d'un fœt. en ville.	37-2. P
392	4 m. 11 j.	VI	1 à terme spont. Sommet. 2 acc. prém. de 7 m. 1 av. de 4 m. 1 av. de 2 m.	Pertes depuis 15 jours.	Expuls. à son entrée d'un fœtus de 250 gr.	38
276	4 m. 14 j.	VII	2 à terme spont. Sommet. 2 acc. prém. de 7 m. 1 avort. de 6 m. 1/2. 1 avort. de 2 m. 1/2.		5 h. Hémorr. Frisson (1/2 h.). Exp. du fœtus en ville. Trois tentatives de délivr. artif. en ville.	37-8.
49	4 m. 17 j.	III	1 à terme spont. sommet. 1 av. de 2 m. Cur. pour mét. hém. en janv. 97. Depuis régl. irrégul.		10 h. Expuls. en ville d'un fœtus, frais mort de 300 gr.	37-4. P
752	5 m.	IV	3 à terme spont. Sommet	Pertes légères depuis 8 jours.	16 h. de doult. Exp. d'un fœtus en ville. Hém. tentative de délivr. artif. en ville.	38. P

Avortements qui ont nécessité une intervention immédiate. E

1039	4 m.	VI	5 à terme, spontan. Sommet.	A perdu les eaux il y a 6 j. Depuis ce moment, septicémie.		Mauv
717	6 m.	V	3 à terme spont. sommet. 1 forceps. Enfants vi- vants, 1 avortem. de 3 m. 1/3.	Syphilis secondaire ac- tuelle. Enfant mort et pertes d'eau depuis 5 jours.		38

tion immédiate. Curage suivi de curettage.

t au moment l'intervention.		Epoque del'intervention	Intervention	Suites de couches
al	Local.			
108.	Rétent. sans hémorr.	3 ^e jour.	Délivr. artif. Extract. du pla- centa putréfié. Curettage qui ramène encore des débris de placenta.	Le 2 ^e jour 37.4. P. 90 le matin. 1 pansement, 37.4. P. 110 le soir. Le 3 ^e jour 37. P. 85 le matin, 1 pans. 38. P. 120 le soir. Le 3 ^e jour 37.4 le matin. P. 90. 3 ^e Pans. après lequel frisson d'une durée d'une 1/2 heure. T. 40. Le soir 39. P. 120. Le 4 ^e jour, 39. le matin. P. 120, 38.5 le soir. P. 115. Injections intra-utéri- nes. Le 5 ^e jour 38.4 le matin. Trois inject. de permanganate de K. Après une de ces injec- tions: Frisson. Temp. 40. Erup- tion scarlatiniforme qui aug- mente d'intensité le lendemain puis diminue graduellement. Déferv. complète le 10 ^e jour. Guérison et sortie le 16 ^e jour.
78.	Non délivr.	1 heure.	Délivr. artif. Placenta de 70 gr., curage puis curettage.	38.6 le soir du curettage. 38.3 le lendemain. 1 pans. Apyrexie.
T.	Hém. décoll. partiel.	7 h. après expulsion.	Délivr. artif. et curettage. Sé- rum 600.	Apyrexie, pas de pans.
116.	Rét. s. pertes	52 h.	Délivr. artif. Curettage.	Apyrexie, pas de pans.
140.	Rétent. sans pertes.	17 h. 30 après l'ex- pulsion.	Délivr. artif. Placenta 55 gr. Curettage.	37.8 le lendemain soir. 1 pans.
88.	Rétent. sans pertes.	11 h. après l'expuls.	Petit ballon extrait 3 h. 30 après. Délivr. artific. Curettage.	38.6 le soir du lend. du curett. Pas de pans. Apyrexie.
		Immédiate.	Délivr. artif. suivie de curettage sous chloroforme.	1 inject. intra-utérine. Apyrexie.
96.	Placenta dé- collé dans le vagin.	20 h.	Extract. du placenta, decolée et placé dans le vagin. Poids 120 gr. sous chlorof. Curage et curettage ramenant des lam- beaux de caduque.	Apyrexie. 1 pans.
70.	Rétent. sans pertes.	41 h. après l'expuls.	Délivr. artif. Placenta de 120 gr. fétide. Curettage ramenant des débris. Placentaire.	1 pans. Apyrexie.
100.	Hémorr. dé- coll. Parti- ciel.	7 h. après l'expuls.	Délivr. artif. ramenant le pla- centa par fragments. Curettage ramenant encore débris pla- centaires et des membranes.	Apyrexie, pas de pans.

traction du fœtus. Délivrance artificielle suivie de curettage.

s, 39.	Collong, non perméable.	Immédiate.	Petit ball. manœuvré et extrait 6 h. après. Extract. du fœtus mort. Délivr. artif. Curettage.	37.8 le lendemain. 1 pansem. Apyrexie.
.	Collong, non perméable.		Bougies d'Hégar (déterminant la rupture des membr. et l'éc. d'un liq. roux) pour introduct. d'un ballon moyen de 28 cm. de circ. qui après 2 j. de manœuv. est enl. et rempl. par un ballon de 18 cm. lequel 12 h. apr. est rempl. par un de 28 cm. incompl. gonflé qui est exp. spont. 10 h. apr. suivi imm. d'un fœtus ma- céré de 560 gr. Délivr. spont. 30 m. Plac. découronné. Poids 450 gr. Curett. imméd.	La temp. 39 au moment du cu- rettage tombe à 38.5 le soir même. 1 pans. le lendemain. Apyrexie.

TABLEAU III

Avortements qui dans leurs suites

Nos	Terme	Parité	Accouchements antérieurs et antécédents	Phénomènes ayant précédé l'avortement.	Travail	Mécanisme		Etat du fœtus			Délivrance
						en bloc	En 2 temps	vivant	fœtus mort	macéré	
642	6 sem.	II	1 avort. de 6 semaines.	Perd du sang depuis 15 j.	Pertes, chutes de gros caillots et coliques 1 a veille de son entrée.						
693	6 sem.	II	1 à terme spont. som.		Avortement fait en ville.						Expuls. s. dememb. et de ca
1189 bis	6 sem.	I			Une journée de pertes et de coliques 2 j. avant son entr.						
506	2 m.	II	1 avort. de 2 mois.		Avort. fait en ville il y a 2 jours.						
327	2 m. 1/2	I			Pertes de sang pendant 1 j. Avort. fait en ville.						
440	2 m. 1/2	II	1 avort. de 2 mois.		3 jours de douleurs et de pertes avant l'expulsion de l'œuf.						
1178	2 m. 25 j.	I		Perd du sang depuis 3 j.	Durée 7 h. Expuls. du fœtus avant son entrée.						
295 bis	3 m.	III	2 à terme spont. som.		Pertes de sang pendant 2 j. avec douleurs.						
897	3 m.	II	1 à terme spont. som.	Perd du sang depuis 1 m. utérus rétr.	Avortement fait en ville.						
1275	3 m. 24 j.	II	1 à terme spont. som.		2 h.		R. prec.		80		Expuls. s. 11 h. Plac.
308	4 m.	VI	5 à terme spont. som.		Expuls. du fœtus en ville 3 jours avant son entrée. Hémorr. le jour de son entrée.						Extract. s. d'un pla de 150 membr. nues dans Inj. intra sérum 25
700	4 m. 1/2	I		Syph. cont. au déb. de la gros.	Durée 8 h. Œuf complet.	I					
630	5 m.	V	4 à terme spont. som.	Pertes dep. 15 j. abond.	6 h. 30. Expuls. du fœtus en ville suivie d'hém. grave, arrêtée par un tamponn.		1				D. artific. jour, dès entrée 13 de sérum

Suites de couches

Causes de l'intervention	Epoque de l'intervention	Intervention	Suites de l'intervention
Suintement sanguin	2 jours après son entrée.	Curage manuel ramenant des débris membraneux et quelques caillots, puis curettage ramenant quelques débris.	38.4 le soir du curett. P. 50. Apyrexie. 1 Pans.
Suintement sanguin	Le lendemain de l'expulsion	Curettage ramenant quelques débris de caduque.	Apyrexie.
Suintement sanguin pendant 5 jours.	Le 6 ^e jour.	Petit ballon manœuvré extemporanément. Curettages ramenant débris de caduque.	Apyrexie. Pas de pansement.
Pertes et débris fétides.	Le 3 ^e jour.	Petit ballon extrait 12 h. après. Curettage, ramenant débris membraneux.	39.2. P. 120 le soir du curettage. Apyrexie. Pas de pansement.
38.2. Suintem. sanguin.	Le 7 ^e jour.	Laminaire puis dilat. sous chlorof. Hégard. Curage digital. Curett. ramenant peu de débris.	1 Pans. Apyrexie.
Suint. sanguin continu. Apyrexie. P. 80. 100.	Le 6 ^e jour.	Laminaire et bougies d'Hégard. Curage, débris de caduque. Curettage.	39. P. 120 le soir du curettage. Oscillations autour de 38 jusqu'au 8 ^e j. 2 pans. Annexité dr. Passé en chir. à l'Hôtel-Dieu d'où elle est sortie en bon état.
Suintement sanguin	Le 4 ^e jour.	Petit ballon 16 h. manœuvres. Curettage ramenant peu de débris.	38 le soir, puis apyr.
T. 38.5. P. 116.	Le 3 ^e j. après son entrée.	Curettage ramenant quelques débris de caduque.	Le lendemain du curettage 37.6. 1 Pansement. Apyrexie.
T. 38.8. Suintement sanguin.	6 ^e heure.	Curettage ramenant peu de débris.	Frisson après curettage. T. 40. Inject. intra-utérine le lendemain. Apyrexie.
38.4. Pouls 110.	10 h. après expuls.	Curettage.	1 Pans. Apyrexie.
Lochies très fétides, 37.2. P. 96.	11 h. après la déliv.	Curettage ramenant un grand lambeau de membranes. Inject. de sérum 250 g.	37.8. P. 110 le soir du curettage. Le 2 ^e jour 37.5 le matin. 1 pans. 39.2 pendant frisson à la suite d'un lavement. 37.5 le soir inject. intra-utérine le 3 ^e jour. Apyrexie.
39.6. Pouls 120.	19 ^e heure.	Curettage ramenant peu de débris.	2 pans. 38 le soir du curett., 37.8 le lend. Apyrexie.
Ascension thermique, progressive, à 38.8. P. 130 le soir du 3 ^e jour. Inject. intra-utérine le 2 ^e jour.	Le 4 ^e jour.	Curettage ramenant des débris de caduque et des lambeaux de membranes. Frisson après curettage. T. 40.6. Sérum 1500 gr. Piq. Caféine.	38. P. 130 le soir du curettage. Le 2 ^e jour T. 37 le matin, 38.2 le soir. 1 pansement. Le 3 ^e jour et le 4 ^e jour injection intra-utérine. Réascension progressive à 39.5 le 7 ^e jour, puis déferv. irrégulière, complète, le 17 ^e jour. Abscès au niveau des inject. de sérum.

Nos	Terme	Parité	Accouchements antérieurs et antécédents	Phénomènes ayant précédé l'avortement	Travail	Mécanisme		Etat du fœtus	
						en bloc	En 2 temps	vivant	fœtus mort macéré
1138	5 mois.	II	1 à terme, spont. sommet.	Pertes de sang depuis 4 mois.	8 h. 30. Prés. du siège.	I	I	769	
1209	5 m. 11 j.	I			4 h. 30. Prés. céphaliqu.		R. prémât.	430	
758	5 m. 1/2	II	1 avortement de 3 mois.	Syphil. secondaire actuelle.	9 h. 30. Œuf complet.	I			360
723	6 mois.	V	4 à terme, spont. sommet.		9 h. 45. Décoll. prém. du plac. Prés. céphal.		R. tempest.	I	
1183	6 m. 5 j.	III	2 à terme, spont. sommet.		4 h. 15.		R. tempest.		290
1046	6 m. 8 j.	II	1 à terme, spont. sommet.		6 h. 45. Prés. du siège complet.		R. prémât.	750	

Avortements qui, dans leurs suites, ont m

965	4 m. 19 j.	VII	5 à terme, spont. somm. 1 avort. de 4 mois.		9 h. 15. Prés. céphaliqu.		R. Temp.	320	
1039	4 m. 29 j.	II	1 acc. prémât. de 8 mois 1/2.		6 h.	I			450
1067	5 m. 21 j.	II	1 à terme, spont. sommet.		4 h. 15. Prés. du siège.		I		600
1021	5 m. 23 j.	IV	1 à terme, spont. somm. 2 avort. de 6 mois 1/2.	Hémorrhagie il y a 15 jours.	1 h. 50.	Œuf comp.			180
652	6 mois.	I			17 h. Prés. céphaliqu.		R. Tempest.	820	
1060	6 m. 2 j.	IX	2 à terme, spont. somm. 4 acc. prémât. de 7 mois. 2 avort. de 6 mois.	Syphilis contractée après son premier accouchem.	12 h. Prés. céphaliqu.		R. Tempest.		1060
1073	6 m. 2 j.	I			4 h. 15. Prés. céphaliqu.		R. Tempest.	850	
411	6 m. 4 j.	I		Syphilis. 1 ^{er} acc. sec. au début de gross.	24 h. 45. Prés. du siège.		R. précoce.		950
150	6 m. 14 j.	I			3 h. 15. Prés. du siège.		R. Tempest.	1030	

tes, ont nécessité un curettage.

Suites de couches				
rance	Causes de l'intervention	Epoque de l'intervention	Intervention	Suites de l'intervention
nédiat. ta 250.	38·3 le soir du 4 ^e j. 38 ^e le mat. du 3 ^e j.	Le 5 ^e jour.	Curettage.	39·3 le soir du curettage. Apyrexie.
simple, ac. 250.	Asc. progress. de la t. 39·4 le soir du 3 ^e j.	3 ^e jour.	Curettage ramenant beaucoup de débris.	2 pans. Déferv. complète le 3 ^e jour, après le curettage.
ta 210.	38·3 le soir des trois premiers soirs.	4 ^e jour.	Curettage ramenant beaucoup de débris de caduque.	Apyrexie. Pas de pansement.
n. 290 gr. 250 gr. 500 gr.	Asc. progressive à 39·3 le 5 ^e jour. P. 120.	5 ^e jour.	Curettage.	Apyrexie, dès le soir. Pas de pansement.
5 mois. . Mem-complet.	Asc. dès le soir de l'avortement. A 39 ^e le soir du 3 ^e jour.	Soir du 2 ^e jour.	Curettage ramenant des débris de caduque grisâtre très abondants.	1 pansem. 38·2. P. 120 et 38·5. P. 104 le lendemain, puis apyrexie. Trois frissons les 10, 11 et 12 ^e jours. Hauteur maxim. 40 du 10 ^e au 13 ^e jour, le soir du 11 ^e jour. Apyrexie le 19 ^e jour.
2 h. 15 hémorrh. 190.	Les 2 ^e et 3 ^e jour. T. 38·6 le soir. Inject. intra-utérine.	4 ^e jour.	Curettage.	39 ^e le soir du curettage. 2 pansements. Apyrexie le 3 ^e jour.

ité une ou plusieurs injections intra-utérines.

45 m. ta 200.	37·9 le 7 ^e jour.	7 ^e jour.	Inject. intra-utérine.	Frisson après l'inj. Temp. 40 Apyrexie le lendemain.
ta 130.	38·4 le 3 ^e jour.	3 ^e jour.	Inj. intra-utér.	Apyrexie.
elle 220.	38 ^e le soir des 2 ^e et 3 ^e jour.	3 ^e jour.	Inject. intra-utér.	Apyrexie.
ta 170 gr.	38·4 le soir du 3 ^e j.	3 ^e jour.	Inject. intra-utér.	Apyrexie.
. 300 gr.	38 ^e le soir du 2 ^e j.	2 ^e jour.	Inject. intra-utérine.	Apyrexie.
20 m. ta 330 gr.	38·4 le 1 ^{er} soir, 38 ^e le 2 ^e .	2 ^e jour.	Inject. intra-utér.	38·4 le soir. Inject. intra-utérine, puis apyrexie.
1 h. 30. 370 gr. t. 1 h.	39·2. Pouls 104.	3 ^e soir.	Inject. intra-utér.	Apyrexie.
350 gr.	39 ^e le soir du 7 ^e j.	7 ^e jour.	Inject. intra-utér.	Apyrexie.
h. 15. 360 gr.	38·6 le soir du 5 ^e j.	5 ^e jour.	Inject. intra-utér.	Apyrexie.

